

大 第 号
令和 年 月 日

様

区保健福祉センター所長 印
(担当: 電話:)

診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ

令和 年 月 日付けで開示依頼のありました診療報酬明細書等については、次のとおり開示することとしましたのでお知らせします。

記

交付対象診療報酬明細書等 受診者名 _____ 様

診療年月	指定医療機関等名	開示内容
年 月診療分		1 開示 2 部分開示
年 月診療分		1 開示 2 部分開示
年 月診療分		1 開示 2 部分開示
年 月診療分		1 開示 2 部分開示

(年 月診療分)
部分開示の理由

(_____)

(開示が可能となる時期)
令和 年 月 日

※ その後の事情により変更となる場合があります。